**EXENCION Y RENUNCIA A RECLAMACIONES**

**POR LA PARTICIPACION EN UN PROGRAMA**

**SHOW DE TALENTO DEL PTA DE LA ESCUELA CHURCHILL – mayo 23 del 2024.**

(Nombre del Programa)

*Por favor lea cuidadosamente y tenga en consideración que, al inscribir a su estudiante en el programa antes mencionado, usted estará aceptando una exención y renunciando a toda reclamación por lesiones que pudieran suceder al estudiante.*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Nombre del Participante)

**Exención y Renuncia:**

Al permitir que mi estudiante participe en el programa antes mencionado del Distrito Escolar 41 de Glen Ellyn, Yo, reconozco y acepto que existen ciertos riesgos de lesiones físicas; y estoy de acuerdo en asumir la responsabilidad total de cualquier lesión, danos o perdidas que mi estudiante pueda sostener como resultado de su participación en cualquier de las actividades relacionadas y asociadas con dicho programa.

Yo estoy de acuerdo en la exención y me abstendré de toda reclamación que Yo o mi Estudiante podamos tener como resultado de su participación en el programa mencionado contra el Distrito Escolar 41 y sus oficiales, agentes, personal a su servicio y empleados por cualquier y toda reclamación de lesiones, danos o perdida que sufra o pueda suceder a mi o a mi estudiante por su participación en el programa.

Más allá de eso, estoy de acuerdo en indemnizar, no ofender y defender al Distrito Escolar 41 y sus oficiales, agentes, personal a su servicio y empleados de todas y cualquier reclamación sostenida por mi o por mi estudiante, que pudiese surgir, o estar conectada en cualquier forma asociada con las actividades del programa.

En el caso de cualquier emergencia, Yo autorizo al Distrito Escolar 41 de Glen Ellyn para asegurar de cualquier hospital acreditado y/o médico, cualquier tratamiento que se considere necesario para el cuidado inmediato o para el tratamiento inmediato de mi estudiante menor de edad, además estoy de acuerdo en ser responsable por todos y cada uno de los servicios médicos recibidos.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma (Padre o Tutor del Participante) Fecha